

## DISASTER REGISTRATION AND CASE RECORD

## INFORMACION Y REGISTRO DE CASO DE DESASTRE

(PRINT ALL ENTRIES)  
(USE LETRA DE MOLDE)

PATERAL LAST NAME, HEAD OF HOUSEHOLD APELLIDO PATERNO, JEFE DE FAMILIA			MATERNAL LAST NAME, HEAD OF HOUSEHOLD APELLIDO MATERNO, JEFE DE FAMILIA			FIRST NAME, HEAD OF HOUSEHOLD NOMBRE, JEFE DE FAMILIA					
PATERAL LAST NAME, SPOUSE APELLIDO PATERNO, CONYUGE			MATERNAL LAST NAME, SPOUSE APELLIDO MATERNO, CONYUGE			FIRST NAME, SPOUSE NOMBRE, CONYUGE					
PREDISASTER ADDRESS NO. DIRECCION ANTES DEL DESASTRE		STREET CALLE		UNIT NO. NUM. DE UNIDAD	CITY CIUDAD		STATE ESTADO	ZIP ZONA			
					COUNTY BARRO						
CASE NO. NUM. DEL CASO		FAMILY IDENTIFIED BY: FAMILIA IDENTIFICADA POR:		CROSS REFERENCE (FOR SUPERVISOR'S ONLY) / REFERENCIA CRUZADA (PARA USO DE SUPERVISOR)							
				CASE NAME NOMBRE DEL CASO							
				CASE NO. NUM. DEL CASO							
NO. IN HOUSEHOLD NUM. EN EL HOGAR	NO. AGE 62 OR OVER MAYORES DE 62 AÑOS	NO. AGE 5 OR UNDER MENORES DE 5 AÑOS	NO. UNEMPL. DIS. NO. DISEM. DIS.	SOCIAL SECURITY NO. / NUM. SEGURO SOCIAL HEAD OF HOUSEHOLD: JEFE DEL HOGAR: _____ SPOUSE: CONYUGE: _____		DR. NO. / NUM. DEL DESESTRE	TYPE OF DISASTER TIPO DE DESASTRE	DATE OF EVENT FECHA DEL DESASTRE	CHAPTER CODE CODIGO CAPITULO	SC CS	
TYPE OF DWELLING TIPO DE VIVIENDA		OWNERSHIP PROPIEDAD		HOUSING DAMAGE DAÑOS A LA VIVIENDA		ESTIM. HOUS. NEEDS NECES ESTIM. DE VIVIENDA		HAVE DISASTER INSURANCE TIENE SEGURO CONTRA DESASTRE		TOTAL HOUSEHOLD INCOME RANGE INGRESO TOTALES DEL HOGAR	
SINGLE / CASA <input type="checkbox"/>		OWN / PROPIA <input type="checkbox"/>		DESTROYED / DESTRUIDA <input type="checkbox"/>		NONE / NINGUNA <input type="checkbox"/>		STRUCTURE: ESTRUCTURA: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		\$0 - 7,499 <input type="checkbox"/>	
MOBILE HOME / CASA RODANTE <input type="checkbox"/>		RENT FURNISHED / AQUILADA, CON MUEBLES <input type="checkbox"/>		MAJOR / MAYOR <input type="checkbox"/>		UNKNOWN / DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>		TEMPORARY / TEMPORAL <input type="checkbox"/>		\$7,500 - 9,999 <input type="checkbox"/>	
APARTMENT / APARTAMENTO <input type="checkbox"/>		RENT UNFURNISHED / AQUILADA, SIN MUEBLES <input type="checkbox"/>		MINOR / MENOR <input type="checkbox"/>				CONTENTS: CONTENIDITA: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		\$10,000 - 14,999 <input type="checkbox"/>	
										\$25,000 - 34,999 <input type="checkbox"/>	
										\$35,000 AND OVER / MAYOR DE \$35,000 <input type="checkbox"/>	
PREDISASTER TELEPHONE NO. NUM. DE TELEFONO ANTES DEL DESASTRE		ALTERNATE TELEPHONE NO. TELEFONO ALTERNO		CONTACT AT ALTERNATE NO. CONTACTO EN EL TELEFONO ALTERNO			PRINT NAME OF INTERVIEWER / NOMBRE DEL ENTREVISTADOR (USE LETRA DE MOLDE)				
							DATE / FECHA:				
POST DISASTER ADDRESS (IF IN SHELTER, INDICATE WHERE) / DIRECCION DESPUES DEL DESASTRE (SI EN ALOJAMIENTO, INDIQUE ADOÑDE)											
DIRECCION DESPUES DEL DESASTRE (SI EN ALBERGUE, INDIQUE ADOÑDE)											
DO NOT WRITE IN THIS SPACE NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO											

[illegible]**CASE FILE / CASO PARA EL ARCHIVO**

<div>BRIEF STATEMENT OF HOW THE FAMILY WAS AFFECTED IN DISASTER BRIEVE DECLARACION SOBRE COMO FUE AFFECTADA LA FAMILIA EN EL DESASTRE</div>		<div>DAMAGE ASSESSMENT INFORMATION DATOS DE LA DETERMINACION DE DANOS</div> <div>STRUCTURAL DAMAGE/ DANO A LA ESTRUCTURA _____</div> <div>WATER LEVEL/ NIVEL DEL AGUA _____</div> <div>BUILDING TYPE/ TIPO DE EDIFICIO _____</div> <div>FLOOR LEVEL/ NIVEL DEL PISO _____</div> <div>TYPE OF USE/ TIPO DE USO _____</div> <div>COMMENTS / COMMENTARIOS</div>		
<div>MEDICAL INFORMATION (WHEN APPROPRIATE) INFORMACION MEDICA (CUANDO SEA APROPIADO)</div>				
<div>FAMILY SERVICE SUPERVISOR'S NAME NOMBRE DEL SUPERVISOR DE SERVICIO A FAMILIAS _____</div> <div>FAMILY RECOVERY PLANS - IMMEDIATE AND LONG-RANGE PLANES INMEDIATOS Y FUTUROS PARA LA RECUPERACION DE LA FAMILIA</div>				
<div>DIRECTIONS TO RESIDENCE DIRECCIONES PARA LLEGAR A LA CASA</div>				
<div>REFERRALS REFERIDO</div> <div>FEMA <input type="checkbox"/> IFGP <input type="checkbox"/> TH <input type="checkbox"/> SBA <input type="checkbox"/> FMHA <input type="checkbox"/> OTHER(S) SPECIFY OTROS(S) ESPECIFIQUE _____</div>				
<div>SIGNATURE OF FAMILY REPRESENTATIVE FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA FAMILIA</div>		<div>DATE FECHA</div>	<div>SIGNATURE OF INTERVIEWER FIRMA DEL ENTREVISTADOR</div>	<div>DATE FECHA</div>
<div>RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION ENTREGA DE INFORMACION CONFIDENCIAL</div> <div>Before signing, read and explain to the applicant the following statement: I hereby authorize the Federal Emergency Management Agency (FEMA), Individual Family Grant Program (IFGP), Temporary Housing (TH), Small Business Administration (SBA) and Farmers Home Administration (FmHA) to disclose to the American Red Cross, and I authorize the American Red Cross to release to FEMA, IFGP, TH, SBA and FmHA, all information in my case file either provided by me, obtained collaterally, or originated by the agency or organization in conjunction with my request for disaster assistance.</div> <div>Antes de firmar, lea y explique al solicitante la siguiente declaración: Yo autorizo a la Agencia Federal de Emergencia, (FEMA), al Programa de Asistencia Individual/Familiar (IFGP), al Programa de Vivienda Temporal (TH), a la Administración de Pequeños Negocios (SBA), y a la Administración de Vivienda de Agricultores (FmHA), que liberen a la Cruz Roja Americana, y ademas autorizo a la Cruz Roja Americana que proporcione a FEMA, IFGP, TH, SBA, y FmHA, toda información ya proporcionada por mi y achivada u obtenida conjuntamente, u originada por la organización o agencia, con el proposito de proveer asistencia a mis necesidades.</div>				
<div>SIGNATURE OF FAMILY REPRESENTATIVE FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA FAMILIA</div>		<div>DATE FECHA</div>	<div>SIGNATURE OF INTERVIEWER FIRMA DEL ENTREVISTADOR</div>	<div>DATE FECHA</div>
<div>INFORMATION FROM HOME VISITS AND OTHER CONTACTS (SIGN AND DATE ALL ENTRIES; USE BACK OF HARD COPY FOR ADDITIONAL ENTRIES.) INFORMACION DE LA VISITA AL HOGAR Y OTROS (FIRMA Y FECHA DE CADA REGISTRO; PARA INFORMACION ADICIONAL USE EL ESPACIO EN BLANCO AL DORSO DE ESTE FORMULARIO.)</div>				